FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883 — N° 430

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1er août 1883, à 9 heures

PAR MADEMOISELLE WICHINSKY

DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE

CHEZ LES NOUVEAU-NÉS



Président : M. PETER, *professeur.*
Juges : MM. DEBOVE *professeur.* HALLOPEAU, GAY, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

FACULTE DE MEDECINE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER

Membre de l'Académie de médecine
Médecin des hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

A M. LE PROFESSEUR PARROT

Membre de l'Académie de médecine
Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Avant d'entrer en matière, nous devons adresser nos meilleurs remerciements à M. le professeur Parrot qui a bien voulu nous communiquer ses observations et à M. le professeur Peter pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE LA

PÉRITONITE PUERPÉRALE

CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Dans le courant de l'année passée, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. Parrot, à l'hôpital des Enfants-Assistés, deux cas de péritonite aiguë chez des enfants âgés de quelques jours.

L'un deux est mort le jour même de son entrée à l'hôpital, l'autre a vécu plusieurs jours.

D'après les renseignements pris sur l'état de santé de leurs mères, on a reconnu que l'une d'elles avait succombé à la suite d'une péritonite puerpérale, trois jours après la mort de son enfant.

Ces cas nous ont vivement intéressée, et nous nous sommes proposé d'étudier cette maladie chez le nouveau-né en rapport avec l'infection puerpérale des accouchées.

HISTORIQUE.

Un des premiers auteurs où l'on trouve mentionnée la péritonite chez les nouveau-nés est Underwood. Il a seulement constaté les caractères anatomiques de la péritonite sans l'avoir décrite.

Burns (1) en fait mention à propos de l'érysipèle, au-

(1) Traité des accouchements, liv. IV, chap. XX.

quel participe la péritonite et l'hépatite, mais on ne trouve point dans son ouvrage de description de cette maladie.

C'est Dugès qui l'a décrite pour la première fois (1). Cet auteur considère la péritonite comme assez fréquente chez les nouveau-nés.

M. Dugès a voulu prouver que l'état de la mère était sans influence sur celui de l'enfant. Il affirme ne pas avoir observé que cette affection saisisse de préférence les enfants dont la mère est atteinte de cette maladie pendant ses couches.

Billard est entièrement de l'avis de M. Dugès; comme lui, il n'admet aucun rapport entre la péritonite des enfants et l'état de la mère.

Valleix la considère comme très rare; il dit qu'il n'est pas même démontré que cette maladie se soit développée chez le nouveau-né uniquement sous l'influence des causes non traumatiques ou de l'extension d'une inflammation. (loc. cit., p. 429.)

M. Simpson décrit cette maladie chez le fœtus (2). Ce auteur signale plusieurs causes, toutes dépendant de la mère. Parmi ces causes, il place la syphilis, le travail difficile, des fatigues prolongées.

C'est M. Trousseau, dans l'article Érysipèle, qui a mis en relief la relation constante entre la fièvre puerpérale dans les maisons de femmes en couches et la mortalité des nouveau-nés.

Thore (3), dans sa thèse sur la péritonite chez les nouveau-nés, a réuni, pendant une seule année, 63 observations à l'hôpital des Enfants trouvés. Cet auteur n'a pu

(1) Dictionnaire en 15 vol., t. VII, p. 588.
(2) Archives générales de médecine, 1838, t. III, p. 444.
(3) Archives générales de médecine, août et sept. 1846.

établir la relation qui existe entre cette maladie chez le nouveau-né et l'état de la mère.

Il est néanmoins disposé à attribuer cette affection chez les nouveau-nés à l'influence des épidémies puerpérales. L'auteur établit, d'une manière précise, les rapports qui existent entre la péritonite et quelques autres maladies qui surviennent chez les nouveau-nés, surtout pendant cette épidémie, telles que l'érysipèle, la phlébite de la veine ombilicale; 42 0/0 des cas de péritonite rapportés par M. Thore, se produisirent pendant les mois d'avril et de mai.

Bouchut, dans son livre sur les maladies des enfants nouveau-nés, dit, dans le chapitre sur l'érysipèle, que : « l'érysipèle n'est jamais plus fréquent que dans le cours des épidémies de fièvre puerpérale... C'est à cette influence épidémique qu'il faut rapporter la gravité de la maladie. Toutefois la mort n'est pas constamment le fait de l'érysipèle simple, elle est également le résultat de la suppuration et de la gangrène de la peau qui viennent compliquer cette maladie surtout chez les nouveau-nés. On trouve presque toujours alors une péritonite plus ou moins étendue. »

Mais c'est Lorain (1) qui étudia le premier cette question en 1855 et qui rapporte un certain nombre de faits indiscutables. Il a vu « que, sur 193 enfants viables, morts peu de temps après la naissance, 50 ont succombé à des maladies qui étaient précisément celles auxquelles succombaient les femmes en couches, 40 ont succombé à la péritonite simple ou compliquée d'érysipèle, de méningite, d'abcès. La péritonite était commune, dans beaucoup de cas, à l'enfant et à la mère. Sur 30 cas

(1) Lorain. La fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né. Th. de Paris, 1845.

de péritonite chez le nouveau-né, 10 fois la mère a succombé à la même maladie. Il ne faut point douter que la maladie est commune à la mère et à l'enfant, et qu'elle les saisit ensemble, quelquefois, comme s'ils n'étaient qu'un seul être. »

Quinquaud (1) a décrit avec soin les accidents survenus chez les enfants pendant l'épidémie qui a régné dans le service de Lorain en 1869. Elle a débuté le 23 février par un enfant de 10 jours qui a succombé à une péritonite purulente. Du 23 au 18 avril, 16 nouveau-nés sont morts de péritonite purulente franche offrant le même aspect que celle des mères qui en ont succombé.

West n'a pas d'expérience personnelle sur ce sujet, il se rapporte à la thèse de M. Thore et il est disposé à admettre, avec cet auteur, l'influence des épidémies puerpérales.

Johann Steiner, professeur de Prague, dans son compendium sur les maladies des enfants, considère la péritonite du nouveau-né comme métastase des produits pyohémiques de la mère infectée.

M. Peter a rapporté dans ses cliniques médicales plusieurs faits d'infection puerpérale chez les nouveau-nés, observés à l'hôpital Saint-Antoine. Cet auteur signale un cas dans lequel la mère a contracté la fièvre puerpérale le cinquième ou sixième mois de sa grossesse. Elle mourut d'une péritonite généralisée avec une double pleurésie. Le fœtus avait aussi de la péritonite purulente et du pus dans les lymphatiques.

Sur 20 observations de M. Parrot sur la péritonite des nouveau-nés, prises pendant la période de 1873 à

(1) Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et chez le nouveau-né. Th. de Paris, 1872.

1882, à l'hôpital des Eufants-Assistés, nous n'avons pu en utiliser que 2, car dans les 18 autres, l'état des mères n'était pas indiqué. Cependant, en parcourant ces 18 observations, nous avons trouvé un seul cas où l'enfant, mort le dix-septième jour après sa naissance, présentait des pempbigus. 16 sont morts avant les quinze jours, 8 d'entre eux ont eu des érysipèles, 1 avait une phlébite de la veine ombilicale, 1 autre, une large plaie sur une jambe. La plupart de ces cas se rapportent aux mois d'avril, mai et juin, c'est-à-dire aux mois pendant lesquels surviennent des épidémies des femmes en couches.

La moitié des observations se rapportent à l'année 1876.

Si nous ne pouvons pas établir la cause de la péritonite dans toutes ces observations, néanmoins, en considérant l'âge des enfants, les complications et les mois où cette maladie est survenue, nous pouvons supposer qu'elle est de nature puerpérale infectieuse.

SYMPTOMES.

La péritonite des nouveau-nés débute en général le troisième jour (observ. VI, III, V, IV), quelquefois seulement dans la seconde semaine (observ. V) ou dès le premier jour de la vie. Elle s'annonce ordinairement par une légère altération des traits. Les enfants refusent le sein, s'agitent, pleurent. Survient la diarrhée jaune ou verdâtre, accompagnée de coliques ; le ventre se ballonne. Il se produit des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux caractéristiques qui laissent sur les commissures labiales et à l'orifice des narines une teinte jaune. Lorain considère les vomissements comme un des signes les plus constants de la péritonite chez les enfants nouveau-nés. Sur 30 cas de péritonite infantile, cet

auteur a constaté 11 fois les vomissements, 7 fois ce signe n'a pas été observé pendant la vie et à l'autopsie on a trouvé du liquide bilieux dans l'estomac.

M. Quinquaud a constaté que, sur 20 enfants morts de la péritonite puerpérale, 16 ont eu des vomissements à différentes périodes, les 4 antres n'en ont en qu'au dernier moment de la vie, de sorte que, comme l'a fait remarquer M. Quinquaud, si «chez un enfant, dont la mére est atteinte d'infection puerpérale avec vomissements bilieux, abdomen ballonné, facies altéré, température à 40°, on voit snrvenir des vomissements alimentaires ou de boisson avec tension et douleurs abdominales, on inclinera à regarder la maladie comme identique avec la maladie de la mére. »

An début, la températnre s'éléve à 37°,8 et 38°,8 (observ. VI, III), quelquefois elle monte d'emblée à 40°,2 (observ. V); le poids du nouveau-né diminue graduellement jusqu'à la mort.

Pendant la période d'état, le ventre se ballonne davantage et parait trés douloureux, le moindre attouchement détermine des cris violents; les parois abdominales sont tendues, luisantes; les veines sons-cutanées abdominales se dessinent et apparaissent bleuâtres.

On constate souvent la présence de l'épanchement dans la tunique vaginale (observ. III).

Le pouls est trés fréquent : 170, 180; il subit de fréquentes variations, de même que la respiration qui tombe tout à conp de 108 à 40 ponr remonter à un moment donné (Bouchut).

Dans la période d'état la température s'éléve à 40° et 41°; elle subit aussi des variations.

L'enfant devient somnolent, puis tombe dans la stupeur. Une teinte subictérique envabit quelquefois tout le corps (observ. I).

Dans la période terminale la bouche se dessèche ainsi que les lèvres; la figure prend l'aspect hippocratique, on observe quelques mouvements convulsifs dans les muscles de la face et aux yeux qui sont à demi fermés, roulant dans les orbites à certains moments. La face et les extrémités sont cyanosées, le sphincter se relâche, il y a des régurgitations bilieuses. Quelquefois il se produit de la diarrhée sanguinolente. Les enfants succombent ordinairement à une température de 40° à 43° (obs. VI).

Complications. — L'érysipèle est une des complications les plus fréquentes. Il peut avoir des sièges très différents, mais le plus souvent il apparaît autour de l'ombilic, ou bien au niveau d'une éraillure, d'une contusion de la peau produite par le forceps. On a souvent observé la phlébite de la veine ombilicale (observ. II).

La pneumonie, l'épanchement pleurétique, des arthrites (observ. I, II), des abcès sous-cutanés peuvent aussi compliquer la péritonite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le premier fait qui se présente à l'ouverture de l'abdomen, sont les produits de sécrétion de la membrane séreuse, de nature et d'aspects différents; tantôt c'est une sérosité sanguinolente avec des pseudo-membranes ou bien une sérosité purulente, dans laquelle nagent des flocons fibrineux, plus rare elle est limpide et de couleur citron.

On ne trouve pas de liquide épais ressemblant à un véritable pus phlegmoneux qu'on observe chez des enfants plus avancés en âge. Ordinairement le liquide est

réuni dans les parties déclives ; sa quantité varie de 30 à 250 grammes (observ. III). La séreuse est injectée de couleur rouge ou rose.

Les pseudo-membranes se présentent sous forme de flocons blancs, jaunâtres, nageant dans le liquide épanché. Quelquefois elles forment une couche compacte, entourant les principaux viscères, surtout le foie, la rate et la veine ombilicale. Cette dernière disposition des pseudo-membranes s'observe spécialement chez les nouveau-nés ; elle s'explique par le travail de séparation du cordon ombilical.

La marche très rapide de la péritonite ne permet point aux fausses membranes de s'organiser de manière à former des adhérences. Cependant on observe quelquefois des adhérences de la rate et du foie à la paroi abdominale, chez des enfants dont la maladie s'est un peu prolongée (obs. IV).

Appareil digestif. — La muqueuse de la bouche et de l'œsophage est souvent couverte de muguet.

L'estomac est ordinairement distendu par des gaz, quelquefois presque vide ou contenant une quantité assez variable d'un liquide jaune ou verdâtre. La muqueuse stomacale peut être saine ou injectée, quelquefois ramollie.

L'intestin. — La muqueuse est tantôt saine offrant une teinte rosée, tantôt injectée.

Le foie, la rate, les reins et les capsules surrénales sont très congestionnés, d'un rouge foncé, souvent complètement ramollis (obs. VII).

La pneumonie est une complication fréquente ; la pleurésie accompagne la pneumonie ou elle existe seule (obs. III).

DIAGNOSTIC.

Il est ordinairement facile d'établir le diagnostic, surtout quand tous les symptômes que nous avons énumérés se trouvent réunis. Ainsi la tension et la douleur du ventre avec des vomissements vert porracé suffiraient pour faire le diagnostic de cette maladie. Il sera encore plus certain quand on trouvera un érysipèle sur la paroi abdominale.

L'erreur est possible dans le cas de rétrécissement ou oblitération de l'intestin. Mais la durée de la maladie, plus longue, la nature et l'abondance des vomissements, l'absence des douleurs de ventre qui caractérise ce cas, l'altération des traits si rapide et si profonde dans la péritonite, permettront d'éviter la confusion. Souvent, d'ailleurs, la péritonite vient compliquer ces vices de conformation.

LE PRONOSTIC.

Il est d'une extrême gravité. Tous les enfants observés par Thore ont succombé. Sur 40 cas, Lorain a constaté 40 morts.

Cependant il y a des cas où les symptômes de péritonite se dissipaient au bout de trois ou quatre jours (observ. IV).

La marche de cette maladie est ordinairement très rapide. Le plus souvent la maladie franchit toutes les périodes dans l'espace de douze à quinze heures (obs. V).

D'autres fois la maladie marche avec plus de lenteur, de cinq à dix jours; rarement elle dure quinze jours (observ. VII).

RÉSUMÉ.

En parcourant les auteurs qui se sont occupés de la péritonite chez les nouveau-nès, nous avons vu que le plus grand nombre d'entre eux ont constaté que cette maladie chez le nouveau-nè sèvit épidémiquement dans certaines maternités, en même temps que la fièvre puerpèrale des accouchées. Ces auteurs se préoccupent des rapports qui existent entre les états pathologiques des femmes en couches et des enfants nouveau-nés, et ils ont établi qu'il existe pour la mère et pour l'enfant une condition, un état identique, que la péritonite chez le nouveau-nè était une maladie infectieuse, une des nombreuses manifestations de la septicémie puerpèrale analogue de celle des accouchées. « A la même époque et dans le même milieu que les méres, les enfants peuvent être atteints par cette épidémie... L'ombilic est au nouveau-né, comme l'utérus est à la mère. » (Quinquaud, thése de Paris, 1872.)

« C'est à la même époque, et seulement à la même époque, pendant les mêmes épidémies, qu'on observe cette extension. Peut-on voir des maladies différentes dans une affection qui présente exactement les mêmes symptômes, la même marche et la même gravité? » (Tarnier, Mém. cité, p. 125.)

De quelle manière se produit l'empoisonnement des enfants? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Heker pense que les maladies des enfants sont dues à l'infection de leurs méres et non à la cause épidémique; « L'infection a eu lieu avant l'accouchement. Sur 51 enfants infectés, 24 sont morts les deux premiers jours, 5 moururent le premier jour, 14 le deuxième et 5 sont mort-nès.

Dans l'observation n° I, on constate que la mère a ressenti les premières attaques de l'infection avant l'accouchement.

Suivant Quinquaud, rien ne prouve que les nouveau-nés aient été infectés dans le sein de leurs mères. Dans beaucoup de cas observés par lui, les enfants sont nés bien portants, leurs mères n'ont pas été malades au moment de l'accouchement. Cet auteur pense que c'est bien l'épidémie qui frappe du même coup les mères et les enfants.

L'enfant peut être atteint seul pendant l'épidémie sans que la mère présente le moindre symptôme d'infection. (Obs. V, VI).

L'infection par la mère et par l'air vicié nous semble possible ; car d'une part les enfants mort-nés (plusieurs cas observés par Lorain) présentent les lésions propres à la péritonite ; d'autre part, les enfants qui naissent bien portants dans un milieu épidémique succombent à cette maladie sans que leurs mères en soient atteintes.

Plusieurs autres causes ont été signalées par différents auteurs :

Simpson indique comme une des causes la syphilis congénitale.

M. Bouchut a rapporté une observation de ce genre. Suivant cet auteur, la péritonite peut avoir pour causes des obstacles au cours des matières dans l'intestin, l'imperforation de l'anus, l'invagination intestinale et la déchirure du foie.

Thore rapporte une observation sur la péritonite survenue à la suite d'un rétrécissement du rectum.

M. West rapporte un cas de péritonite de nature syphilitique chez un garçon de cinq semaines.

Sur 20 observations de M. Parrot, nous avons vu signaler une fois le pemphigus.

Toutefois ces observations sont assez rares comparativement au nombre des cas de péritonite de nature puerpérale.

Il nous semble donc résulter de tout ce que nous avons dit précédemment et des observations que nous avons pu réunir, que la péritonite chez les nouveau-nés a pour cause principale l'infection puerpérale.

Pour avoir des observations à l'appui de notre thèse, nous nous sommes adressé à plusieurs personnes qui se trouvent dans des conditions favorables pour pouvoir observer des faits de ce genre, mais nos recherches ont été infructueuses. On nous a appris qu'actuellement ces cas sont rares.

Ce dernier fait peut servir à l'appui de notre thèse. En effet, si la péritonite des nouveau-nés est en rapport avec l'état puerpéral des accouchées, on conçoit que la diminution notable des cas d'infection puerpérale chez ces dernières, grâce aux soins hygiéniques et à l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, doive entraîner nécessairement, comme conséquence, la diminution de cette maladie chez les nouveau-nés.

Cela étant, on comprend quel doit être le traitement de la péritonite puerpérale chez les nouveau-nés; il est presque exclusivement prophylactique et consiste à prévenir les épidémies puerpérales par des précautions hygiéniques (propreté, isolement), et l'application de la méthode antiseptique.

Si la maladie existe déjà, on appliquera sur le ventre des cataplasmes chauds; on combattra les vomissements avec des boissons froides.

Observation I (Parrot).

Infection puerpérale. — Bassin anormal. — Érysipèle. — Péritonite. — Arthrite.

Sa mère est décédée le 15 juin, à la suite d'une péritonite dont elle a ressenti les premières attaques avant l'accouchement.

Leguiel (Charles), né le 12 juin 1882.

20 juin. Vésicule bulleuse sans ombilication avec une sérosité jaune. Teinte jaune subictérique de toute la peau. Rougeur érysipélateuse d'une partie de l'avant-bras. Plaque érysipélateuse de toute la partie supérieure gauche du dos avec un point fluctuant. L'érysipèle est d'ailleurs peu saillant et s'accompagne de peu de tuméfaction. Autre plaque érysipélateuse au-dessous de l'ombilic. La cuisse et la fesse droite sont très volumineuses et indurées, sans rougeur bien notable. Rougeur violacée autour de l'ombilic. Ventre très ballonné avec veinosités très accusées. Péritonite très probable. Coloration violette de l'abdomen. Glace. Sirop de quinquina, 30 gr.; teinture d'aconit, 0,15 gr.

Décédé le 20 juin à 11 h. du soir.

Autopsie. — Dans la cavité abdominale, 60 gr. d'un liquide albumineux. Les anses intestinales sont à peine dépolies et non adhérentes les unes aux autres.

Les organes abdominaux sont très ramollis. Toute la partie interne du cœur est imbibée.

Les poumons sont intacts.

Pus dans l'articulation du poignet droit.

Poids, 3 kil. 400. Foie, 220. Rate, 25. Cœur, 30. Encéphale, 425. Fontanelle, 27/27.

Observation II (Parrot).

Érysipèle. — Péritonite.

La mère est morte à la suite de couches à l'hôpital Temporaire le 12 novembre 1878.

Verlet (Adolphe-Célestin), né le 4 novembre 1878.

12 novembre. Ventre très ballonné dans toute son étendue; très dur, très développé dans le bas; les veines se dessinent à la surface. Érysipèle au niveau de la face interne de la cuisse droite.

La peau à ce niveau a une coloration violacée. Rien du côté de l'ombilic.

Mort le 12 novembre à 3 h. du soir.

Autopsie. — Poids, 2,940. Péritonite généralisée avec exsudat; pus dans la veine ombilicale, jusque dans le sillon longitudinal du foie. La rate est enveloppée dans un gâteau exsudatif. Les capsules surrénales sont très congestionnées. Elles ont une épaisseur de 6 millim.

Rien à l'estomac, rien aux poumons. Encéphale, 393 gr.

Cœur. — L., 39. T., 36. P., 30. Ap., 29.

Les fibres musculaires cardiaques sont jaunâtres. Les oreillettes sont remplies de caillots.

Sur l'hémisphère gauche, l'anse de Rolando est très accusée en fibre blanche. A droite, l'anse est moins marquée.

Pus crémeux dans l'articulation coxo-fémorale gauche. Le cartilage est jaune ambré. Pus dans la radio-carpienne gauche.

Thymus. — 3 gr. 5.

Rate. — 16 grammes.

Cœur. — 2 grammes.

Observation III (Quinquaud).

Puerpérisme infantile. — Épanchement dans la tunique vaginale. — Mort. — Autopsie. — Péritonite purulente avec fausses membranes.

L'enfant Peclet, du sexe masculin, né à terme le 13 avril 1869 dans la matinée. Accouchement naturel.

La mère a 23 ans et a eu une pelvi-péritonite dont elle est guérie. L'enfant a été bien portant pendant les deux premiers jours.

13 avril. Matin, temp. r., 37,6; soir, id. L'enfant rend son méconium et ne paraît pas souffrant.

Le 14. Temp., 37,4. L'enfant tette un peu. Soir, temp., 37,5.

Le 15. Temp., 38,8. L'enfant a crié la nuit; il y a un peu de

diarrhée, le ventre est ballonné. Soir, temp., 38,8. On constate de l'amaigrissement.

Le 16. Temp., 39°. Le malade a eu un vomissement. Soir, temp., 38,2. Ventre tendu, les veines se dessinent à la surface de l'abdomen; un peu de diarrhée verte.

Le 17. Temp., 39,1. Ventre tendu et paraît douloureux à la pression; l'ombilic reste un peu tendu, ce sont ses intestins qui font hernie; vomissement de liquides verdâtres; soir, temp., 38,5. Il refuse le biberon, pas d'ictère; altération des traits, la bouche est sèche, la respiration très accélérée par instant; diarrhée séreuse, développement excessif du ventre; le scrotum est tuméfié, on le fait diminuer en refoulant le liquide dans la cavité abdominale.

Le 18. Temp., 39,5. Vomissements bilieux, diarrhée; amaigrissement extrême, pas d'érysipèle ni de phlegmon autour de l'ombilic, distendu par les intestins; facies hippocratique. Soir, temp., 40°. Il succombe dans la nuit.

Autopsie. — Enfant bien constitué et bien conformé, d'une longueur de 52 cent., du poids de 3,770 gr.

Tête. — Rien à la surface cutanée; méninges un peu congestionnées, sans trace de lésions inflammatoires.

Poitrine. — Les cavités pleurales contiennent environ chacune 10 grammes de sérosité claire; pas de fausses membranes, ni de lésions phlegmasiques sur la plèvre; poumons un peu hyperhémiés avec quelques points d'atélectasie à la base; le cœur contient des caillots noirâtres mous; le trou de Botal et le canal artériel sont perméables.

Abdomen. — Le ventre rend un son tympanique; le péritoine contient 250 grammes d'une sérosité louche dans laquelle nagent des flocons albumineux purulents; ces fausses membranes tapissent toute la surface des intestins, relient entre elles les diverses circonvolutions et recouvrent tous les organes du bassin; elles sont élastiques, épaisses de 20 mm., elles tapissent la surface de la rate, le foie auquel elles sont très peu adhérentes.

Entre ces diverses organes existent des filaments de fausses membranes considérables. Le scrotum tuméfié, les testicules sont descendus; si l'on vient à presser les bourses, on fait

sortir par l'ouverture interne du canal inguinal une quantité considérable de liquide purulent.

En examinant toutes ces lésions inflammatoires si accusées et cette grande quantité de pus dans le petit bassin, on trouve qu'il existe une analogie complète entre ces lésions du nouveau-né et celles qui existent chez les femmes atteintes d'une péritonite puerpérale intense.

L'intestin grêle, le gros intestin contiennent une matière jaune demi-liquide. La muqueuse paraît saine ; l'estomac contient un peu de liquide bilieux ; la rate, recouverte des fausses membranes, est très volumineuse ; sa longueur est de 70 mm. sa largeur de 40 et son épaisseur de 26. Le foie est rouge, un peu congestionné ; les reins sont normaux.

Système ombilical. — Le cordon est tombé, cupule saine ; veine ombilicale vide, flasque, contenant un petit caillot noir, filiforme ; nulle trace de phlegmasie. Les artères ombilicales sont rétractées et renferment de petits caillots noirs, non adhérents.

Observation IV (Quinquaud).

Accidents légers de puerpérisme infantile. — Guérison.

La nommée Raush, enfant du sexe féminin, est née à peu près à terme, le 26 février 1869, à 11 h. 1/2 du soir.

Accouchement naturel ; la mère est âgée de 27 ans, bien portante.

Le 27 février. Matin, T. r. 36,8. Soir, T. 37°.

Le 28. T. 37,8 ; pas de diarrhée. Soir, T. 37,6.

1er mars. T. 37,9. Enfant tette peu. Soir, T. 38,2. Elle n'a pas teté, se plaint ; son visage est pâle ; elle a eu un vomissement alimentaire, son abdomen est développé.

Le 2. T. 38,8 ; elle tette peu ; diarrhée verte, somnolence, vomissements bilieux. Soir, T. 38,9 ; ombilic en suppuration ; pas d'ictère ; ventre ballonné, ne paraissant pas douloureux à la pression.

La mère a un peu de fièvre. T. 38,2. Face pâle ; expiration plaintive, respiration accélérée de temps à autre.

Le 2. T. 37,5 ; la diarrhée reste continue. Soir, T. 37,9.

Le 4. T. 37,8; l'enfant essaie de teter. Soir, T. 37,9; face pâle.

Le 5. T. 37,5. Le facies est meilleur; elle commence à mieux teter. Soir, T. 37,7; elle a toujours de la diarrhée verte.

Le 6. T. 37,8. elle tette, mais elle est encore pâle. Exéat.

Observation V (Quinquaud).

Puerpérisme infantile. — Mort. — Autopsie. — Péritonite purulente avec fausses membranes.

Le nommé Penche, enfant du sexe masculin, est né à terme, (poids : 3,880 gr.), le 1er avril 1869 à 10 h. 1/2 du matin. Accouchement naturel.

Mère bien portante, 27 ans (deuxième grossesse).

1er avril. T. 38°; deux heures après la section du cordon, T. 36,2. Soir, T. 37°; l'enfant paraît très bien portant.

Le 2. T. 37,5. Le nouveau-né tette à peine; on lui donne également le biberon; il est somnolent. Soir, T. 37,5. L'enfant est moins gai que d'ordinaire; il est plus somnolent, ne prend pas le sein avec la même avidité.

Le 3. T. 40,2. R. 108. L'enfant a eu deux vomissements porracés dans la nuit; la respiration est plaintive, accélérée par instants; il refuse le sein. Les veines sous-cutanées abdominales sont développées; facies hippocratique. Soir, T. 40,9. R. 156. La face est pâle, amaigrie; au toucher il est brûlant; la peau cependant est anémique; il a eu encore un vomissement bilieux. Stupeur, les yeux sont à demi fermés et laissent voir la sclérotique; la bouche est béante, les lèvres sont fuligineuses, on aperçoit de petits mouvements fibrillaires dans les muscles de la face.

L'enfant succombe dans la nuit.

Autopsie. — Le 4. Quant on met la tête de l'enfant en bas, en soulevant les pieds, on voit de la bile s'écouler par les narines; les commissures labiales sont aussi teintées en jaune. Le ventre est tendu, le cordon est desséché. Pas de travail inflammatoire autour de l'ombilic, pas de phlegmons ni d'érysipèle.

Abdomen. — Le péritoine contient 30 à 40 gr. de pus ver-

dâtre; il est tapissé par des fausses membranes purulentes, épaisses, qui recouvrent les différents viscères. Les Intestins sont rouges, distendus par des gaz.

Vaisseaux ombilicaux. — Les artères contiennent des caillots récents noirâtres, non adhérents. La veine est saine au niveau de l'ombilic et dans le foie, elle contient un petit caillot noir.

Thorax. — La plèvre est saine; les poumons sont congestionnés et œdématiés à leur base.

Le cœur est normal.

Le cerveau pèse 470 gr. N'est le siège d'aucune altération.

Observation VI. (Quinquaud) (1).

Puerpérisme infectieux chez un enfant bien portant. — Mort. — Autopsie. — Péritonite purulente.

Le nommé Girordot, enfant du sexe masculin, est né à peu près à terme le 13 février 1869, à midi et demi, accouchement naturel.

Le 13. T. r. 37,4. Soir, T. 36,8. Enfant bien portant.

Le 14. T. r. 37,8. Légère ophthalmie. Soir, T. 37,8. L'enfant rend encore du méconium.

Le 16. T. r. 39°. La diarrhée continue; pas de vomissements. L'abdomen est tendu. Soir T. 39,7. Tette et prend le biberon.

Le 17. T. r. 39°. L'enfant tette pendant longtemps, mais mal. Soir, T. 38,8. Diarrhée verte, le nouveau-né souffre, il maigrit, a de l'érythème aux fesses.

Le 18. T. 37,9. La conjonctivite persiste. Soir, T. 38,1.

Le 19. T. 37,9. Enfant pleure, s'agite de temps à autre, n'a pas de vomissements, le ventre est ballonné et douloureux; Soir, T. 38,8.

Le 20. T. r. 37,9. Amaigrissement, face pâle; tette toujours un peu. Soir, T. r. 37,9.

Le 21. T. r. 38,4. La respiration est accélérée par instant, l'enfant se plaint, est somnolent. Soir, T. 38,6.

Le 22. T. r. 38,8. Le nouveau-né tette moins bien; stupeur; se

(1) Thèse de Paris, 1872.

plaint de temps à autre. Soir, il n'a rien voulu prendre. T. 40,1 ; vomissement jaunâtre, pas d'ictère.

Le 23. T. r. 41,5 ; ne tette plus, amaigrissement, face hippocratique, abdomen très ballonné. Soir, T. 42, au moment de la mort 43° ; vers les derniers instants de la vie, l'enfant a eu quelque régurgitations de matières bilieuses, qui ont taché les orifices du nez et de la bouche. L'enfant est décédé à cinq heures du soir.

Nécropsie. — Au premier abord, on soupçonne la péritonite, parce que la face est tachée par des matières bilieuses vomies, en outre, le ventre est très tendu. Pas de teinte ictérique.

Abdomen. — A peine l'incision des parois est-elle faite, qu'il s'écoule 80 gr. de liquide jaune purulent, avec des fausses membranes floconneuses. Le péritoine est injecté et épaissi. Les anses intestinales sont fortement adhérentes entre elles et aux parois abdominales ; on voit des fausses membranes épaisses sur tous les viscères.

Si l'on examine au microscope ce liquide péritonéal, on y trouve de la graisse émulsionnée, de la fibrine, des cellules épithéliales de dimensions variables, quelques-unes en voie d'altération graisseuse.

Les fausses membranes sont constituées par de la graisse, de la fibrine, de l'albumine et de la mucine, englobant les divers éléments ci-dessus mentionnés.

Les intestins sont très hyperhémiés.

Le tissu cellulaire sous-séreux est œdématié et congestionné ; mais le tissu séreux lui-même a peu varié dans ses caractères physiques, ses vaisseaux sont plus nombreux ; les cellules sont tuméfiées, gorgées de liquide ; par place on voit des groupes de granulations albuminoïdes.

Ombilic. — Nulle trace de phlegmasie ; le cordon est tombé depuis plusieurs jours ; la cupule est saine ; la veine contient un caillot noir, effilé, qui partant à quelques mill. de l'ombilic, s'étend jusqu'au foie. La veine est saine dans le foie.

Les artères ombilicales rétractées contiennent un mince caillot noirâtre. L'estomac contient un liquide lactescent taché de bile. La rate et le foie sont congestionnés, volumineux, pèsent, la première 40 gr. et le second 220 gr.

Les reins et les poumons sont sains, le cœur est normal, le cerveau est sain.

Observation VII (Lorain).

Érysipèle, puis péritonite, chez un enfant né le 15 août, mort le 13 septembre. La mère a eu une péritonite, elle a guéri.

La femme B..., primipare, âgée de vingt et un ans, est entrée le 15 août à la Maternité, et y est accouchée le même jour d'un enfant mâle, vivant, du poids de 3,500 gr. L'accouchement dura trois heures, et se termina naturellement. Il ne fut suivi d'aucun accident immédiat. La mère allaita son enfant les premiers jours; bientôt cependant elle présenta les symptômes de la péritonite.

A la phlegmasie de la séreuse péritonéale, succéda un épanchement dans la cavité pleurale du côté gauche. Elle résista à cette double maladie ou plutôt à ces deux phases d'une même affection et put sortir de l'hospice, un mois après son accouchement, dans un état de santé qui permettait d'espérer la guérison. Son enfant lui avait été retiré et avait été confié aux soins d'une nourrice, dans le service de M. Danyau, qui a bien voulu nous donner les détails suivants :

L'enfant, jusqu'au quinzième jour, était fort bien portant et tetait avidement. A cette époque il devint malade; il prit le sein avec répugnance. On s'aperçut qu'il avait un érysipèle sur le ventre.

L'ombilic n'était le siége d'aucune lésion apparente et l'érysipèle ne paraissait point provenir d'une phlegmasie ombilicale. Cet érysipèle fut traité par les cataplasmes et les bains, puis par le collodion; tous les jours on fit de nouvelles applications de cette substance sur le ventre. L'enfant ne vomissait pas, il avait des selles régulières; il paraissait souffrir quand on touchait son ventre et même quand on le remuait dans son berceau; il était somnolent, difficile à réveiller. Tous les jours cet enfant a été montré à M. Danyau; on parlait à cette époque beaucoup du collodion comme moyen de prévenir ou de guérir les érysipèles et les péritonites. Le désir légitime d'expérimenter un moyen préconisé par des médecins hono-

rables fut cause qu'on ne négligea rien pour que, sous ce rapport, l'observation de cet enfant fut complète. On vit l'érysipèle occuper d'abord toute la moitié inférieure du tronc, puis les cuisses, les jambes il fut ambulant et renaissant. Il ne donna lieu à la formation d'aucun abcès; il fuit poursuivi partout avec le collodion. On n'eut pas beaucoup à s'applaudir de l'emploi de ce moyen; l'enfant dépérissait. On vit tout d'un coup, huit jours après le commencement de la maladie et du traitement, vingt-trois jours après la naisance, l'érysipèle disparaître; on cessa l'usage du collodion. L'enfant paraissait souffrir beaucoup, il refusait le sein; son ventre se tendit et devint plus sensible à la pression, sans rougeur à la peau. Il eut un seul vomissement de matières alimentaires. L'agonie fût longue, et l'on vit un liquide mousseux, spumeux s'échapper par les narines et par la bouche.

Né le 15 août, l'enfant mourut le 13 septembre; il avait été malade à peu près pendant quinze jours.

Autopsie. — Enfant fort bien conformé, amaigri, croûtes vaccinales aux deux bras, raideur des membres.

Les jambes et la partie inférieure du corps sont recouvertes par des squames de colladion.

Les bourses sont volumineuses; il y a œdème du prépuce.

Le ventre est tuméfié et contient des gaz.

L'abdomen ayant été ouvert, nous voyons les intestins gonflés par des gaz. Le gros intestin a triplé de volume; une partie de l'intestin grêle et l'estomac ne sont pas moins tuméfiés. Le côlon transverse et l'estomac adhèrent au foie par l'intermédiaire de fausses membranes épaisses qui recouvrent toute la face inférieure du foie. Ces fausses membranes ne se distinguent nullement de celles qu'on rencontre dans la péritonite des adultes; ce ne sont pas de ces fausses membranes jaunes, molles, presque transparentes, à peine adhérentes, déposées sur les viscères, comme on en trouve le plus souvent dans la péritonite des enfants nouveau-nés; elles sont blanches, résistantes, opaques, très adhérentes aux organes.

La face antérieure de l'estomac,
La face inférieure du foie,
Le côlon transverse,
La face convexe de la rate,
} en sont presque entièrement couvertes.

Tout le foie, les fausses membranes forment la ruche d'abeilles.

Entre quelques anses intestinales, on trouve les mêmes produits morbides; dans le bassin, on trouve une petite cuillerée de liquide purulent.

Les canaux inguinaux sont fermés, il y a seulement infiltration dans le tissu cellulaire des bourses; à peine voit-on un peu de sérosité liquide dans ces tuniques vaginales.

Le foie a son volume normal; il est peu coloré, ferme et contient peu de sang. La vésicule biliaire est très tendue, remplie de bile jaune, claire, limpide. Sa rate ferme, et rouge, a un volume plus grand que d'habitude.

L'estomac renferme des gaz et du lait caillé mêlé à un liquide sanguinolent, qui n'est autre que celui qui remplissait les bronches pendant l'agonie.

La muqueuse intestinale ne présente aucune lésion. Les reins sont fermes, vides, sains. La vessie est vide.

Tête. — L'examen du crâne, des méninges et du cerveau, ne nous a fait découvrir aucune altération anatomique.

Le système ombilical ne nous a présenté aucune lésion.

Observation. VIII (Lorain).

Louise D..., âgée de 21 ans, primipare, entre à la Maternité le 25 août, et y accouche, le même jour, d'un enfant vivant (fille), du poids de 3,350 gr.

L'accouchement dura huit heures et ne présenta rien de particulier.

Cette femme était bien conformée et bien constituée, d'une santé habituellement bonne. Sa grossesse n'avait été troublée par aucun accident grave.

Le troisième jour après son accouchement elle eut un mouvement fébrile, précédé de frissons. Elle allaitait son enfant; mais ses seins étaient à peine durcis; elle fut conduite à l'infirmerie, où elle succomba à une péritonite, le 4 septembre.

L'enfant était née bien portante et dans des conditions ordinaires. Jusqu'au troisième jour elle fut allaitée par sa mère. Cette femme était devenue trop malade pour qu'on laissât auprès

d'elle son enfant, celle-ci fut mise à part; on l'allaita artificiellement.

Elle eut d'abord des selles vertes abondantes; son ventre se tuméfia et parut être très sensible à la pression. On nous montra cette enfant à cause de son ombilic qui faisait une saillie anormale; je reconnus que cette saillie de l'ombilic avait pour cause un gonflement considérable des intestins, et ce fait pouvait aider au diagnostic de l'affection à laquelle a succombé l'enfant.

Le 1er septembre, elle était constipée et vomissait fréquemment une matière liquide verdâtre; elle refusa le biberon; un ictère très marqué se montra.

Il y avait sécheresse de la langue, altération des traits, faiblesse du cri... elle mourut le 5 septembre, à cinq heures du soir.

Autopsie. — Enfant bien constituée et bien conformée, longue de 51 cent. Elle n'est point émaciée et ne présente aucune lésion extérieure. Les membres sont roides.

La face est jaune et exprime la souffrance. Le ventre est tendu, verdâtre.

La paroi abdominale antérieure ayant été enlevée, il s'écoule un liquide séro-sanguinolent et purulent, où flottent des parcelles de fausses membranes. Les intestins, gonflés par des gaz et très volumineux, sont recouverts en partie de fausses membranes, ainsi que le foie; ce gonflement des intestins dépasse tout à fait les limites de la tension intestinale vulgaire.

La quantité de sérosité purulente épanchée peut être évaluée à 30 gr. Les fausses membranes ne sont pas seulement déposées à la surface des intestins et du foie, mais elles adhèrent aussi à la séreuse pariétale, et cela est très évident dans la partie de cette paroi qui correspond au foie et qui y adhérait ; il en est de même sur certains points qui étaient en rapport avec des intestins.

Les intestins ne semblent pas congestionnés ; ils sont pâles, humides.

Les fausses membranes sont, en général, peu épaisses ; les unes blanches, les autres jaunes; elles adhèrent nettement à la séreuse, on les enlève facilement avec l'ongle ; on les ren-

contre partout, et rarement nous avons vu la péritonite aussi généralisée.

La rate a : longueur 0,05, } Rien de notable dans
épaisseur 0,01, } sa structure.

Le foie est d'un volume ordinaire, assez congestionné; on trouve quelques caillots blancs, denses, isolés, non adhérents, dans la partie hépathique de la veine ombilicale; le canal veineux est fermé.

L'estomac est très gros; il est entièrement rempli par des substances alimentaires non digérées; la muqueuse intestinale et les ganglions mésentériques n'offrent rien de remarquable.

Le système ombilical n'est le siège d'aucune lésion digne d'être signalée; les poumons, les plèvres, le cœur, le cerveau et les méninges, n'ont présenté aucune trace d'altération morbide.

Observation. IX. (Lorain).

Péritonite chez un enfant né le 22 novembre, mort le 1er décembre. La mère a succombé à une péritonite le 23 novembre.

La femme V..., âgée de vingt-deux ans, primipare, est entrée le 10 novembre 1853 à la Maternité. Elle y est accouchée le 22 novembre naturellement, après un travail de quatre heures.

Son enfant naquit vivant il pesait 2,750 grammes, sa longueur étant de 0,50 (mâle). Bientôt cette femme subit les premières atteintes d'une péritonite puerpérale à laquelle elle succomba le 28 novembre, six jours après l'accouchement.

L'enfant fut allaité par sa mère pendant la première journée seulement, puis il fut nourri au biberon.

Il mourut le 1er décembre, à onze heures du matin; il avait vécu huit jours.

Nous ne le vîmes pas pendant la vie.

Autopsie. — (3 décembre, temps froid).

Le cadavre est celui d'un enfant à terme, âgé de plusieurs jours, ayant souffert; il est amaigri, il a une teinte ictérique très remarquable, surtout à la face.

Le ventre est un peu développé; les membres sont roides. Il n'y a nulle trace de phlegmasie à la peau, nulle lésion extérieure.

Le péritoine contient 12 grammes de liquide sanguinolent, trouble. On voit des fausses membranes répandues les unes sur le foie, les autres entre les circonvolutions intestinales, d'autres sur la paroi abdominale antérieure, d'autres dans le bassin.

Le liquide est visqueux, graisseux, presque filant. En pressant sur le scrotum, on fait sortir de la cavité vaginale du côté droit, par le canal inguinal, une fausse membrane molle, transparente, infiltrée et un peu de liquide sanguinolent. Il n'y a pas d'œdème du scrotum; le canal inguinal gauche est fermé.

Toutes les fausses membranes ont ici le même caractère : elles sont molles, peu élastiques.

Le tube digestif est distendu par des gaz; l'estomac contient, en outre, un mucus glaireux verdâtre, qu'on fait facilement refluer par les narines. Le jéjunum contient aussi un liquide jaunâtre, en sorte que ces substances, contenues dans l'estomac et le haut de l'intestin grêle, ont l'apparence de celles qui sont habituellement vomies. L'estomac est très ramolli.

La rate a un volume ordinaire, son tissu est normal. Les reins sont ramollis; la vessie est vide. Le foie n'offre aucune lésion; les veines sont vides, sauf le canal veineux, où se trouve un caillot mou sans caractère morbide.

Système ombilical. — L'ombilic est rétracté, fermé par un bouchon de matière gélatiniforme et sanguine desséchée. La veine contient, tout à fait à son extrémité, un caillot noir déjà assez ancien. Les artères renferment des caillots rouges, cylindriques. Le caillot de l'artère du côté droit est peu adhérent, mou, et comme prêt à se fendre; il n'y a pas du reste d'altération du vaisseau. Le ramollissement de ce caillot est le résultat de l'état général.

Cavité thoracique. — Un peu d'engorgement des poumons en arrière; plèvres saines.

Le cœur contient un peu de sang noir et graisseux non coagulé; le canal artériel, rétréci, contient un caillot noir.

Le cerveau est un peu ramolli.

Les méninges sont saines.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE LA SCIENCE MÉDICALE.

Anatomie et histologie normales. — Anatomie et histologie de l'utérus.

Physiologie. — Mouvement de l'œil.

Physique. — Induction par les courants ; appareils employés en médecine.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'acide carbonique.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des solanées.

Pathologie externe. — Abcès de la mamelle.

Pathologie interne. — De l'ataxie locomotrice progressive.

Pathologie générale. — De la gangrène.

Anatomie pathologique. — Des calculs biliaires.

Médecine opératoire. — Amputation du pouce avec extirpation de son métacarpien.

Thérapeutique. — De la médication vomitive.

Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes. Quels sont les fécules et les farines le plus souvent employées à leur préparation ? Règles à suivre pour déve-

lopper le principe actif de la moutarde noire dans les pédiluves et les sinapismes.

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — Empoisonnement par l'arsenic.

Accouchements. — De la version pelvienne.

Vu, le président de la thèse,
PETER.

Vu bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.